

Sosiaali- ja terveyspalvelut Lappi

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Asiantuntija-arvio,
kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältölaeista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Vesa Syrjä
Kehittämispäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	9
 Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	11
Ennaltaehkäisevät palvelut	12
Perusterveydenhuolto	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut	14
Erikoissairaanhoito	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	17
Työikäisten sosiaalipalvelut	19
Vammaispalvelut	20
Ikäihmisten palvelut	21
 Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	23
Laatu ja vaikuttavuus	24
Asiakaslähtöisyys	25
Yhdenvertaisuus	26
 Lähteet	 27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovanen, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäkinen, Suvu;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvu; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Lappi on noin 180 000 asukkaan maakunta, jonka erityispiirteitä ovat erittäin pitkät välimatkat ja maan alhaisin väestötiheys. Suurin osa väestöstä on kuitenkin keskittynyt kahden kaupunkiseudun, Rovaniemen ja Kemi-Tornion, alueelle. Maakunnan vastuulle tulee velvollisuus huolehtia saamelaisvähemmistön omakielisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Palvelujen mitoituksessa on Lapissa otettava huomioon suuret matkailijamäärät.

Väestöennusteiden mukaan Lapin väestö vähenee selvästi vuoteen 2030 mennessä. Samalla iäkkään väestön osuus kasvaa huomattavasti. Palvelujen tarve on Lapissa keskimääräistä suurempi, sillä THL:n sairastavuusindeksi ja useat hyvinvoinnin ja terveyskäyttämisen indikaattorit ovat heikommalla tasolla kuin maassa keskimäärin.

Palvelujen järjestäminen on uudistuksen lähtötilanteessa hajautunut useille kunnille ja kuntayhtymille. Erikoissairaanhoidon tuotannosta vastaa kaksi sairaanhoitopiiriä. Jo päättyneissä Lapin Sote-Savotta- ja Koko Lapin Sote -hankkeissa haettiin maakunnallisia toimintamalleja ja yhteistä tahtotilaa muutokselle. Lapin maakuntauudistuksen valmistelu on kuitenkin edistynyt hitaammin kuin useissa muissa maakunnissa. Palvelurakenteen suunnittelua jarruttaa yhteisymmärryksen puuttuminen erikoissairaanhoidon työnjaosta alueen keskussairaaloiden välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat Lapissa lähtötilanteessa korkeita. Painetta palvelurakenteen muutokseen lisää tuleva valtionrahoitus. Siirtymäajan jälkeinen tarveperusteinen valtionrahoitus

asukasta kohden on alempi kuin alueen kuntien kustannukset vuonna 2017.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminta on edennyt maakunnan kunnissa keskimääräisesti. Terveyskeskuspäivystyksiin on pitkien etäisyyksien takia kehitetty muusta maasta poikkeavia toimintamalleja. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäynneistä keskimääräistä suurempi osuus on muita kuin lääkärikäyntejä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista valtakunnan tasoa harvempi sai viikon sisällä palvelua. Lapissa oli kuitenkin hieman keskittasoa vähemmän niitä, jotka arvioivat saaneensa riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluja, ja väestöryhmien väliset erot olivat maan keskitasoa.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito on Lapissa muuta maata yleisempää. Hoitojaksojen ja hoitopäivien määrä on keskimääräistä korkeammalla tasolla. Päivystyskäyntejä on vähän, ja ilman lähetettä erikoissairaanhoitoon tullaan vähiten koko maassa. Hoitoa yli kuusi kuukautta odottaneita oli Lapissa keskiarvoa vähemmän, mutta odotusaika oli pisimpien joukossa. Erikoissairaanhoidon laatuindikaattorit olivat keskitasoa tai keskitasoa alempia, etenkin keinonivelten uusintaleikkausten osalta.

Pitkät välimatkat ovat Lapissa haasteena iäkkäiden kotiin annettavien palvelujen kehittämisessä. Palvelurakenteen keventäminen on käynnissä, ja muutos kotihoitopainotteiseksi on edennyt valtaosin samaan tahtiin kuin muualla maassa. Ympäri vuorokautista kotihoitoa on Lapissa kuitenkin saatavilla vähemmän kuin keskimäärin. Omaishoidon tuen kattavuus on hyvä, mutta omaishoidon tukipalvelut ovat niukkoja.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa kouluterveydenhuolto on valtakunnallista paremmalla tasolla. Erityispalveluissa lastensuojelun avopalvelujen asiakkuuksia on maakunnassa keskimääräistä enemmän. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit toteutuivat hyvin, mutta asiakassuunnitelma puuttui yli puolelta asiakkaista.

Mielenterveysongelmien esiintyvyys ja mielen-terveyspalvelujen käyttö on Lapissa maan keskitasoa. Päihdepalvelujen tarvetekijät ovat maakunnassa suuria, ja päihdehuollon avopalveluissa on maan keskiarvoa enemmän asiakkaita. Päihdeongelmista huolimatta myönteistä on, että pienituloisimpien asukkaiden alkoholikuolemien vuoksi menettämien elinvuosien määrä on selvästi maan keskiarvoa matalammalla tasolla.

Lapissa maakuntauudistusta on viety eteenpäin verkkaisemmin kuin useimmissa muissa maakunnissa, ja erikoissairaanhoidon työnjaosta sopiminen on osoittautunut hankalaksi. Suuret tarvevakioidut kustannukset nykytilanteessa aiheuttavat lisähaastetta maakunta-valmistelulle.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Lapin maakunnan 21 kunnassa oli vuoden 2016 lopussa 180 207 asukasta, ja se on asukasluvultaan Suomen 11. suurin. Lapille luonteenomaisia piirteitä ovat pitkät välimatkat ja harva asutus. Koko maan pinta-alasta lähes kolmasosa kuuluu maakunnan alueeseen, ja väestöntiheys on maan alhaisin. Maakunnan pohjoisimmasta kunnasta Utsjoelta matkaa keskustaupunkiin Rovaniemelle on noin 450 kilometriä. Maakunnan kahden sairaanhoitopiirin keskustaupunkien Kemien ja Rovaniemen välinen etäisyys on 120 kilometriä. Rovaniemeltä on matkaa Pohjois-Suomen yhteistyöalueen keskustaupunkiin Ouluun noin 200 kilometriä ja Kemistä noin 100 kilometriä.

Maakunnan keskustaupungin Rovaniemen asukasluku on noin 62 200, ja siellä asuu hieman yli kolmasosa maakunnan väestöstä. Kaksi kolmasosaa maakunnan väestöstä asuu kahden suurimman kaupunkiseudun eli Rovaniemen ja Kemi-Tornion seutukuntien alueilla. Lapin taajama-aste on selvästi maan keskiarvoa alempi, mutta ei kuitenkaan kaikkein pienimpiä maakuntien välisessä vertailussa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä on Lapissa otettava huomioon suuret matkailijamäärät ja saamenkielinen väestö. Tilastokeskuksen mukaan saame on noin 1 900 henkilön äidinkieli. Saamelaiskäräjien arvion mukaan Suomessa on kuitenkin noin 10 000 saamelaista. Hallituksen lakiesityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä Lapin maakunnan tehtäväksi tulee tukea saamenkielisten palvelujen kehittämistä erityisesti koko Lapin alueella, mutta myös muualla Suomessa. Yli puolet saamenkielisistä asuu saamelaisten kotiseutualueen (Enontekiön, Utsjoen ja Inarin kunnat sekä osa Sodankylän kunnasta) ulkopuolella.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on uudistuksen lähtötilanteessa hajautunut. Alueella toimii kaksi sairaanhoitopiiriä: Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit. Tulevaan maakuntaan siirtyy toimijoita 25 sote-organisaatiosta. Maakunta muodostaa uudistuksessa pohjoisen yhteistyöalueen yhdessä Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan maakuntien kanssa.

Alueellinen vauraus

Lapin kahdesta suurimmasta seutukunnasta Rovaniemen seutu suoriutui keskimääräistä paremmin ja Kemi-Tornion seutu keskimääräisesti vuonna 2016 tehdyssä koko maan 70 seutukunnan vertailussa, jossa tarkasteltiin aluetalouteen, työllisyyteen, vetovoimaan, tulo- ja veropohjaan sekä osaamiseen liittyviä muuttajia. Osa harvaan asutuista Lapin seuduista jäi kuitenkin kaikkein heikoimpien seutukuntien joukkoon. Lapin maakunnan yhteenlaskettu bruttokansantuote asukasta kohden on lähellä maan keskiarvoa.

Lapin alueen ydintoimialueita ovat matkailu, metsä- ja metalliteollisuus sekä kaivostoiminta. Matkailutoimialan osuus alueen bruttokansantuotteesta ja työvoimasta on Manner-Suomen korkein. Alueen teollisuus on keskittynyt etenkin Kemi-Tornion seudulle. Maakunnassa on syksyllä 2017 tehdyn TEM:n selvityksen mukaan hyvä suhdannevire. Työllisyyskehitys on positiivinen, ja avoimet työpaikat ovat lisääntyneet. Maakunnan työttömyysaste on myönteisestä kehityksestä huolimatta maakuntien välisessä vertailussa edelleen korkea, ja työttömyyden rakenteelliset ongelmat ovat haastavia. Työllisyysasteen mukaan tarkasteltuna maakunta sijoittuu hieman paremmin, mutta jää alle koko maan keskiarvon. Lapin taloudellinen huoltosuhde oli vuonna 2015 maakuntien vertailussa viidenneksi heikoin. Sataa työssäkäyvää kohti maakunnassa oli 165 ei-työssäkäyvää, kun koko maan keskiarvo oli 143. Koulutustasoltaan Lapin väestö on jonkin verran maan keskiarvoa vähemmän koulutettua, mutta Rovaniemen seudulla selvästi maan keskiarvon yläpuolella.

Väestönkehitys

Lapin väestö on vähentynyt koko 2010-luvun ajan. Vuoden 2010 lopusta vuoden 2016 loppuun väestömäärä väheni 1,8 prosenttia eli yli 3 000 hengellä. Tilastokeskuksen väestöennusteissa maakunnan väestön odotetaan vähenevän vuoteen 2030 mennessä noin 3 000 hengellä. Kokonaisnettomuutto on Lapissa ollut pitkään negatiivinen.

Maakunnan väestö on ikärakenteeltaan lähellä maan keskiarvoa. Alle 15-vuotiaiden osuus on hieman alempi ja yli 65-vuotiaiden osuus hieman korkeampi kuin maassa keskimäärin. Lapin väestöllinen huoltosuhde oli vuonna 2016 korkeampi kuin koko maassa, mutta lähellä maakuntien mediaania. Väestöennusteiden mukaan väestöllinen huoltosuhde heikkenee kuitenkin seuraavan vuosikymmenen aikana huomattavasti ja Lappi on vuonna 2030 kolmen heikoimman maakunnan joukossa. Huoltosuhdetta heikentää erityisesti yli 75-vuotiaan väestön osuuden huomattava kasvu.

Väestön hyvinvointi ja terveydentila

THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi vuosina 2013–2015 oli Lapissa 124,2, mikä oli neljänneksi korkein luku maakuntien välisessä vertailussa. Lapin ikävakioitu sairastavuusindeksi on niin ikään heikompi kuin maassa keskimäärin. Ennenaikaista kuolleisuutta mittaavassa PYLL-indeksissä painottuvat etenkin sellaiset terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat, jotka lisäävät nuorempien ikäluokkien kuoleman riskiä. PYLL-indeksi on Lapissa hieman muuta maata heikommalla tasolla. Useimmilla väestön hyvinvointia kuvaavilla indikaattoreilla tarkasteltuna maakunta on keskimääräisellä tasolla. Lappilaiset turvautuvat toimeentulotukeen hieman vähemmän kuin maassa keskimäärin. Työikäisistä keskimääräistä useampi arvioi, että ei jaksakaan työelämässä eläkeikään saakka.

Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

Maakunnan organisoituminen

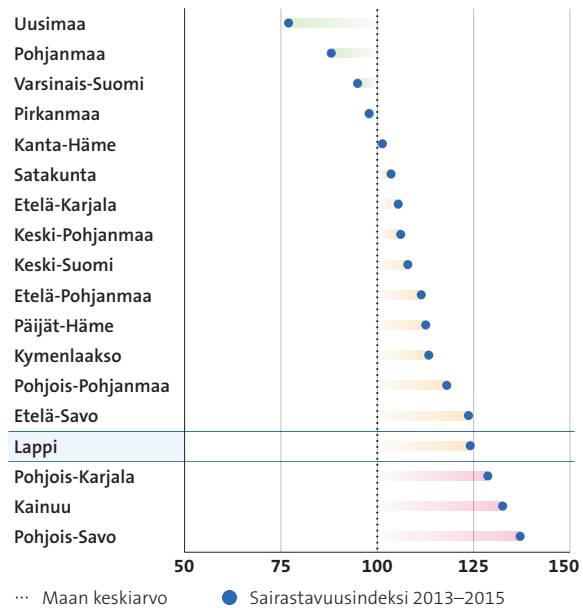
Pohjatyötä maakuntauudistukselle on Lapissa tehty vuodesta 2015 alkaen, jolloin käynnistyi Lapin Sote-Savotta -hanke. Hankkeessa kerättiin uudistukseen tarvittavaa tietoa ja luotiin maakunnan kattavia sote-verkostoja. Hallinnollisesti sote-uudistusta valmisteltiin erillisessä Koko Lapin Sote -hankkeessa. Tavoitteena oli rakentaa maakunnan yhteistä tahtotilaa uudistuksen tekemiseen. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kunnilla oli lisäksi oma sote-hankkeensa.

Kesällä 2017 valmisteluvastuu siirtyi vapaaehtoiselle väliaikaiselle valmistelutoimielimelle. Se vastaa jatketusta esivalmistelusta kesään 2018 asti, jolloin toimielin muuttuu lakisääteiseksi. Useista muista maakunnista poiketen Lapin valmistelutyötä ei ohjaa poliittinen ohjausryhmä, vaan ohjaustehtävä on Lapin liiton hallituksella.

Väliaikaisen valmistelutoimielimen jäsenet edustavat maakunnan kuntia ja tulevaan maakuntaan siirtyviä organisaatioita. Lisäksi saamelaiskäräjillä on edustajansa toimielimessä. Valmistelutoimielimen organisaatio rekrytoi syksyllä 2017 uusia valmistelijoita. Valmistelijat jäävät pääsääntöisesti työsuhteeseen omaan organisaatioonsa. Vain sote-valmistelussa mukana olevia valmistelijoita on toistaiseksi vähän. Vastuuhenkilöinä ovat maakunnan muutosjohtaja ja sote-muutoskoordinaattori. Lisäksi käytössä on suunnittelijatyöpanosta. Sote-valmistelijat ovat valtaosin vaihtuneet vuoden 2017 kevään esivalmisteluvaiheesta. Valmistelijoiden tueksi päätettiin tammikuussa 2018 perustaa projektiluonteinen sparrausryhmä,

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



jonka tehtävänä on valmistella kevään 2018 aikana kokonaissuunnitelma maakunnan sote-valmisteluun. Ryhmä koostuu kuntien, sairaanhoitopiirien, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen ja henkilöstöjärjestöjen edustajista. Lisäksi ryhmässä ovat lapsiperheiden ja ikäihmisten palvelujen kärkihankkeiden muutosagentit.

Maakuntauudistuksen valmistautumista on Lapissa varjostanut yhteisen tahtotilan puuttuminen erikoissairaanhoidon palvelujen tulevasta työnjaosta. Lapin sote-valmistelun poliittinen ohjausryhmä ei kesällä 2017 päässyt yhteisymmärrykseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä maakuntauudistuksen yhteydessä. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kunnat päättivät syksyllä 2017 perustaa yhteisyrityksen yksityisen yrityksen kanssa Länsi-Pohjan sairaalan palvelujen tuottamisesta. Hankintapäätöksestä on tehty valitus markkinaoikeuteen. Alueen mutkistuneen tilanteen ratkaisemiseksi STM asetti selvityshenkilötyöryhmän, joka julkaisi ehdotuksensa tammikuussa 2018. Selvityshenkilöt pitivät Länsi-Pohjan kuntien päätöstä ulkoistaa erikoissairaanhoidonsa ongelmallisena, mutta pitivät tärkeänä keskussairaالاتasaisen sairaalan säilymistä Kemissä.

Tulevan maakunnan palvelustrategiaa työstettiin esivalmistelun yhteydessä järjestämisen alaryhmässä, joka julkaisi luonnoksensa kesäkuussa 2017. Syksyn 2017 aikana strategian jatkotyöstäminen jäi vähäiseksi. Väliaikainen valmistelutoimielin on esittänyt alueen molemmille sairaanhoitopiireille, että sosiaali-

ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmat päivitetään ja liitetään osaksi maakunnan sote-valmistelua ja palvelustrategiatyötä. Tulevan palvelulupauksen laatimiseen valmistaudutaan osallistumalla Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihankkeen Palvelulupaus-osa-hankkeeseen.

Länsi-Pohjan alueen sote-valmistelun yhteydessä hahmoteltu konsepti palvelukokonaisuuksista on päätetty ottaa koko maakunnan valmistelun pohjaksi. Kehitettävät palvelukokonaisuudet ovat 1) perheiden sosiaali- ja terveyspalvelut, 2) ikäihmisten palvelut, 3) terveyden ja sairaanhoidon palvelut, 4) kuntoutuspalvelut ja 5) strategiset tukipalvelut. Palvelukokonaisuuksien lähtökohtana ovat integroidut palvelut organisatoristen ratkaisujen sijaan.

Lapin kunnissa pohditaan parhaillaan osallistumista meneillään olevaan valinnanvapauspilotin hakuun, mutta päätöksiä osallistumisesta ei ole tehty.

Taloudelliset edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot vuonna 2016 olivat Lapissa 3 670 euroa asukasta kohti eli 20 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,08), minkä vuoksi tarvevakioidut menot olivat 12 prosenttia keskimääräistä suuremmat. Tarvevakioidut menot olivat maan korkeimmat. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot olivat 14 prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.¹

Maakuntaudistuksen siirtymäajan jälkeen valti-onrahoitus asukasta kohden on Lapissa valtiovarain-ministeriön arvion (10.3.2017) mukaan 67 euroa eli 1,8 prosenttia pienempi kuin alueen kuntien vuoden 2017 asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot. Muutos merkitsee maakunnalle noin 12 miljoonan euron säästötarvetta. Laskelmassa ovat mukana sosiaali- ja terveydenhuolto, ympäristöterveydenhuolto ja pelastustoimi.

¹ Tarvevakioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

Nordic Healthcare Groupin selvityksessä vuonna 2017 korkeiden kustannusten syyksi määriteltiin ras- kas palvelurakenne. Kaksi päivystävää keskussairaala, kallis ensihoito ja terveyskeskussairaalat maakun- nan kaikissa kunnissa nostavat alueen kustannuksia muihin maakuntiin nähden. NHG:n arvion mukaan sairaaloiden toimintojen yhdenmukaistamisella olisi mahdollisuus saavuttaa 17 miljoonan euron vuotuiset säästöt.

Sote-investointien poikkeuslupia on myönnetty kahdelle hyvinvointikeskushankkeelle. Lapin keskus- sairaalan laajennushanke on edennyt suunnitteluvai- heeseen.

Palveluverkko

Pitkät etäisyydet ja suuret matkailijamäärät haastavat Lapin palveluverkkoa, ja saamelaisten kotiseutualueen kunnissa palveluja on tarjottava myös saamenkieli- sinä. Raja-alueilla tehdään jonkin verran yhteistyötä myös Ruotsin ja Norjan suuntaan.

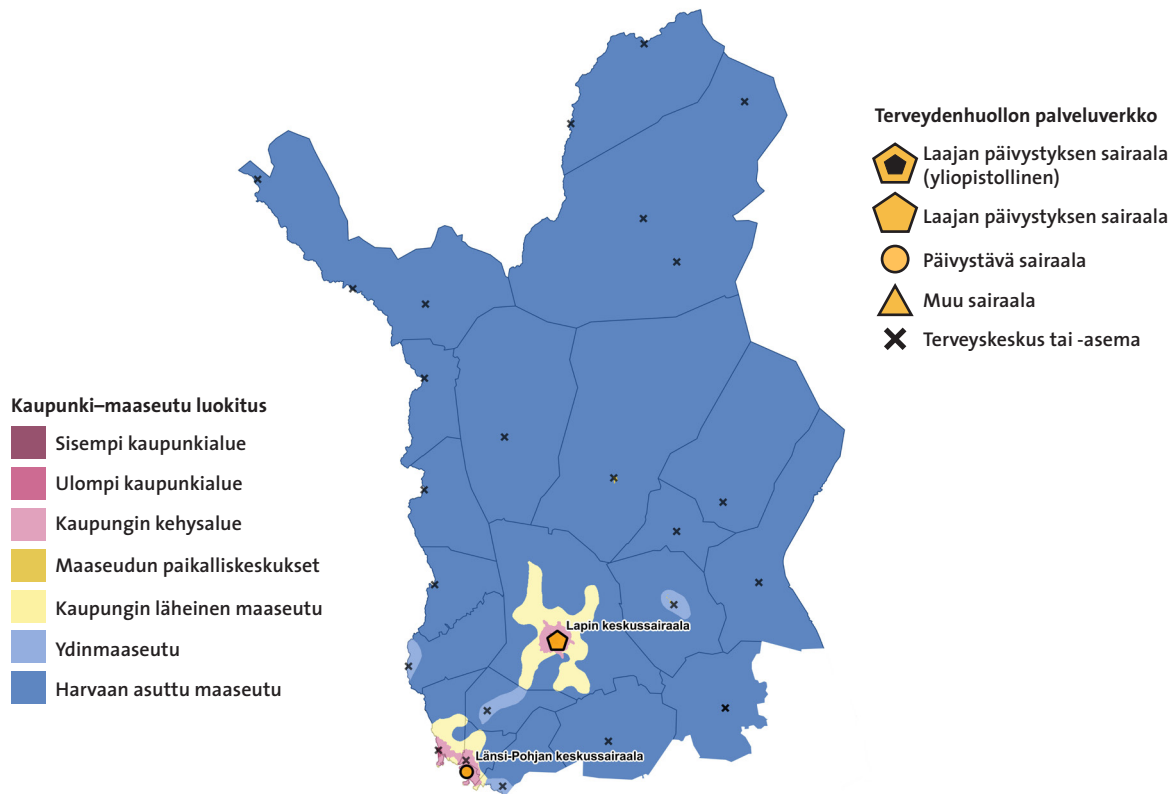
Lapin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen on uudistuksen lähtötilanteessa haja- nainen. Pääosa alueen kunnista järjestää ja tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelunsa itse. Simon kunnan sosi- aali- ja terveyspalveluista vastaa Pohjois-Pohjanmaalla pääosin toimiva Oulunkaaren kuntayhtymä. Pelko- senniemen ja Savukosken alueella toimii kansanter- veystyön kuntayhtymä. Lapin sairaanhoitopiiri vastaa Muonion ja Enontekiön perusterveydenhuollon pal- veluista. Sairaanhoitopiiri tuottaa lisäksi Rovaniemen mielenterveys- ja päihdepalvelut. Posion kunta on ulkoistanut sosiaali- ja terveyspalvelunsa.

Myös vastuu erikoissairaanhoidosta on hajau- tunut, sillä Lapin sairaanhoitopiiri vastaa erikois- sairaanhoidosta valtaosassa Lappia ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri Kemi-Tornion seudulla. Lapin kes- kussairaala on määritelty ympärivuorokautisen laajan yhteispäivystyksen yksiköksi. Länsi-Pohjan keskussai- raalassa on ympärivuorokautinen päivystys. Tämän lisäksi Ivalon terveysasemalla Inarissa on perustervey- denhuollon akuuttipäivystys myös yöllä. Länsi-Pohjan keskussairaalan synnytysten määrä on vain noin puo- let päivystysasetuksen edellyttämästä 1 000 synnytyk- sen vuotuisesta määrästä, mutta keskussairaallalla on vuoden 2018 loppuun ulottuva poikkeuslupa synny- tystoiminnalle. Oulun yliopistollinen sairaala antaa erityistason hoitoa OYS-erityisvastuualueen neljän maakunnan asukkaille. Lisäksi Pohjois-Suomen labo- ratoriokeskus NordLab tuottaa laboratoriopalvelut erityisvastuualueen maakunnissa.

Erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat erimie- lisyudet hankaloittavat tulevan palveluverkon suun-

Kuvio 2

Lapin maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).



nittelua. Palvelustrategiatyössä on kuitenkin linjattu, että jokaisessa maakunnan kunnassa tulee olla sote-keskus. Pitkien etäisyyksien takia palveluverkon osaksi on hahmoteltu alueellisia osaamiskeskuksia, jotka tarjoavat vaativan osaamisen palvelua alueensa asukkailla. Palvelutarjontaa mitoittaessa maakunnan on otettava huomioon Lapin alueen suuret ja jatkuvasti kasvavat matkailijamäärät. Yksityisiä terveysasemia on perustettu alueen suurten kuntien lisäksi hiihtokeskuksiin.

Kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko karkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki-maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Henkilöstöresurssit ja osaaminen

Maakuntaan on siirtymässä eri organisaatioista noin 9 000 työntekijää. Näistä noin 8 300 on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä. Lapin alueella on

ongelmia henkilöstön, etenkin sosiaalipalvelujen erityistyöntekijöiden saatavuudessa. Näitä ammattiryhmiä ovat etenkin sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutit, puheterapeutit ja psykologit. Terveyspalveluissa perusterveydenhuollon lääkäreiden saatavuustilanne on Lapissa valtaosin hyvä, mutta osa kunnista on joutunut turvautumaan ostopalvelulääkäreihin. Sairaanhoidtajia, lähihoitajia, sosionomeja ja geronomeja on saatavilla etenkin maakunnan suurissa kaupungeissa Rovaniemellä ja Kemissä, mutta pienissä kunnissa voi esiintyä pulaa myös hoitohenkilöstöstä. Saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön saatavuudessa on puutteita sekä saamelaiden kotiseutualueella että kotiseutualueen ulkopuolella muualla maakunnassa.

Terveyskeskusten lääkärivaje oli Lääkäriliiton syksyllä 2017 tekemän selvityksen mukaan Lapin molempien sairaanhoitopiirien alueella noin neljä prosenttia, mikä oli keskitasoa sairaanhoitopiirien välisessä vertailussa. Muutokset edelliseen vuoteen olivat vähäisiä.

Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintojen asemaa tulevassa maakunnassa pohdittiin Lapin esivalmistelun TKI-työryhmässä. Maakuntaan on arvioiden mukaan siirtymässä resursseja alueen molemmista sairaanhoitopiireistä, Rovaniemen kaupungilta

ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta. Osaamiskeskusten asemasta ei kuitenkaan vielä ole valtakunnallisia linjauksia. Etenkin sosiaalitoimen ja saamelaisväestön palvelujen kehittämisen henkilöstöresurssit arvioitiin niukoiksi. Koulutusyhteistyössä maakunnan keskeisiä kumppaneita ovat Lapin yliopisto, Lapin ammattikorkeakoulu ja alueen ammatitopistot. Alueen korkeakoulujen ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Sociopolis-hankkeessa rakennetaan Lappiin sosiaalialan osaamiskeskittymää. Lääketieteen koulutuksessa tärkein yhteistyökumppani on Oulun yliopisto.

ICT-ratkaisut

Lapin ICT-ratkaisujen nykytilaa selvitettiin esivalmistelun yhteydessä ICT-työryhmässä. Maakunnan pirstaleisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja kahden sairaanhoitopiirin vuoksi asiakas- ja potilastietojärjestelmiä on useita ja niiden yhteensovittaminen vaatii paljon resursseja. Alueen molemmat sairaanhoitopiirit ovat mukana asiakas- ja potilastietojärjestelmäyhteistyö UNA:ssa.

Sosiaali- ja terveystaloudet kustannukset

Sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoivajien ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty

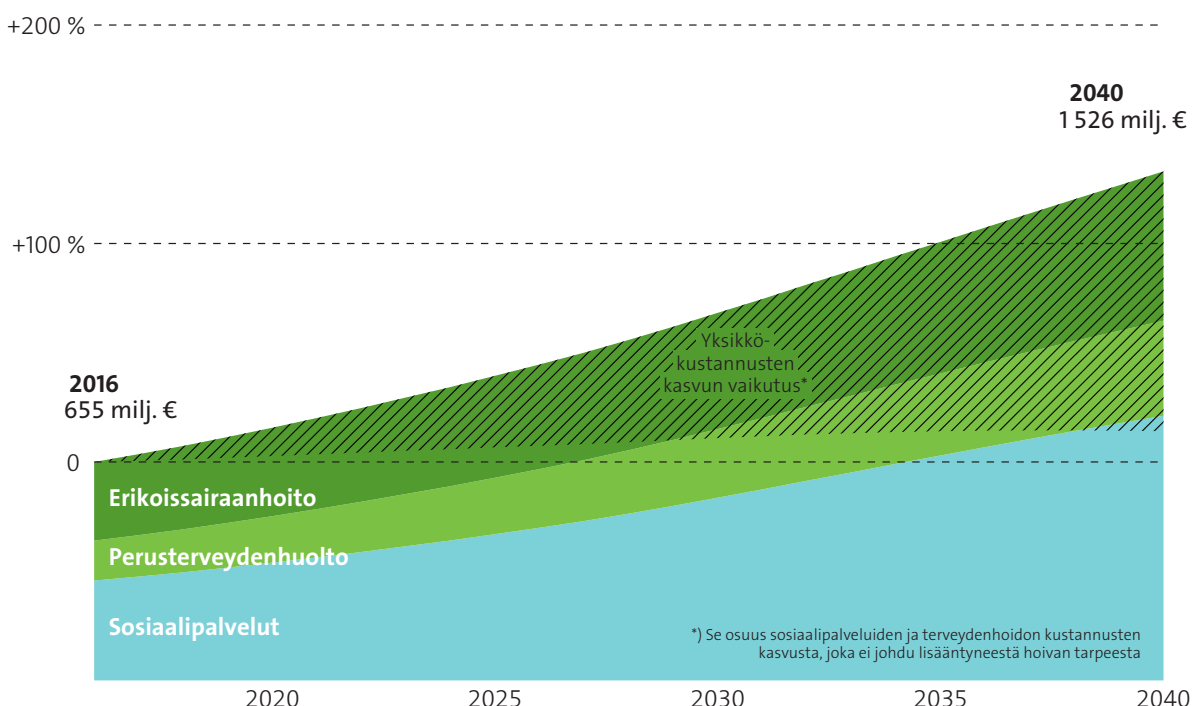
tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoido (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaistiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehityksestä Lapissa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehityksestä Lapin maakunnassa vuosina 2016–2040.



määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Lapissa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 68 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 133 prosentilla. Lapin väestö supistuu vuosina 2016–2030 noin 1,7 prosentilla ja vuoteen 2040 mennessä noin 3 prosentilla. Vanhusväestön määrä kasvaa noin 31 prosentilla vuoteen 2030 mennessä. 2040-luvulla vanhusväestön määrä kääntyy laskuun, jolloin kustannusten kasvu jää Lapissa keskimääräistä pienemmäksi.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

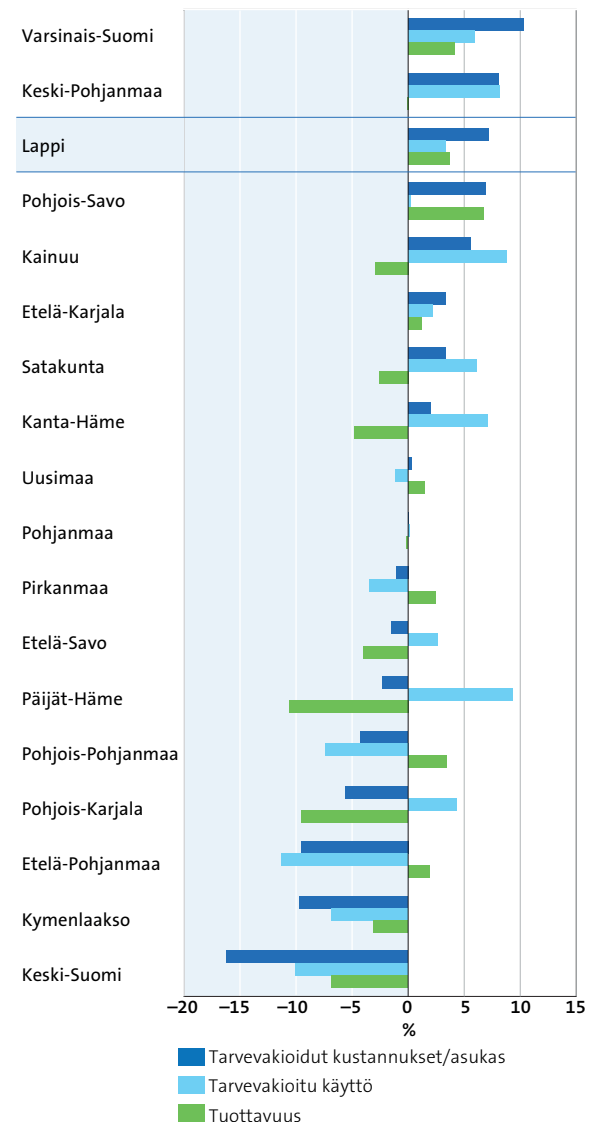
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä pro-

senttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Lapissa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli kymmenen prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat seitsemän prosenttia korkeammat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kolme prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuori, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa keskitasoisesti syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. HYTE-toiminnan organisoitumisesta maakunnan keskushallintoon ei ole tietoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä. HYTE-koordinaattoria ei ole nimetty.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Lapin kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoite-tason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Neljässätoista alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kolmessatoista kunnassa on joko osa-aikainen (12) tai kokoaikainen (1) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kolmessatoista kunnassa. Neljässä kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi kaksitoista alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaita 41 / 10 000 asukasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 6,9 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 7,4 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus

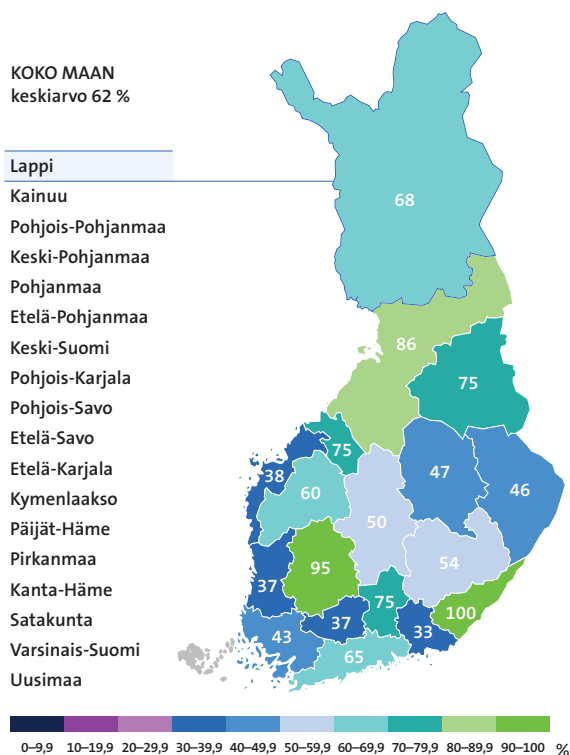
maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on 12 prosenttia asutokannasta, mikä vastaa maakuntien keskiarvoa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 21,7 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 13,1 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 18,1 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 39,1 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunta on kuuden kärkeijää pitävän maakunnan joukossa (261 tapausta / 100 000 asukasta, maan keskiarvo 242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen

tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat alle maan keskitason. Sairastavuus on suurta. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella keskitasoa. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöön-ottoon.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuvin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja.

Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta huomattavasti muuta maata vähemmän. Vuonna 2017 on tehty 8 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 1,8 prosentille työttömistä, mikä on vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 34,7 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

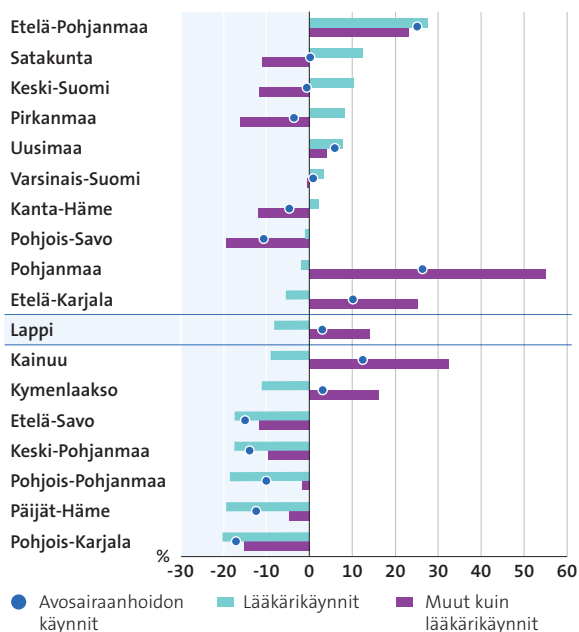
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 393 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 4,6 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on vähemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Lapin alueella 2,4 asukasta kohden, mikä on 3,1 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 8,3 prosenttia vähemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä 13,9 prosenttia enemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kii-reettömän vastaanottoajan varanneista 31 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 2,9 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 26 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %).

Asiakkaista 31 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 49 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 60 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 43 prosenttia, mikä on eniten koko maassa.

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Lapin alueella 2,1 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä yhdellä prosentilla oli käynti lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,13 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin maakunnittain.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Lapin alueella osuus oli 16 prosenttia, mikä on parempi kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 86 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 474 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 3 prosenttia maan keskiarvoa enemmän; lääkärikäyntejä oli 8,3 prosenttia vähemmän mutta muita kuin lääkärikäyntejä jopa 13,9 prosenttia enemmän. Reilu neljännes kokee saaneensa riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluja. Kii-reettömän vastaanottoajan varanneista 31 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä ja hoitotakuu toteutui kohtalaisesti. 60 prosentilla oli mielestään aito mahdollisuus valita terveysasema, ja valinnan perustana olevaan tiedon määrään oli tyytyväisiä 43 prosenttia, eniten koko maassa.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkeymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Lapin alueella erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,8 prosenttia väestöstä, mikä vastaa maan keskiarvoa. Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25 - 64-vuotiaita on 4,5 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä, koko maassa 3,5 %. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus on maan keskiarvoa hieman korkeampi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus on maan keskiarvoa alhaisempi. Mielenterveysongelmien esiintyvyys on siis lähellä maan keskitasoa, poikkeuksena työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyssyistä olevien suhteellisen suuri osuus.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella vastaa maan keskitasoa. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 514 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 186 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 267 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on lähellä maan keskiarvoa 18–24-vuotiaiden ja 25–64-vuotiaiden ikäryhmissä ja jonkin verran maan keskiarvoa pienempi 65 vuotta täyttäneillä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä on Lapissa 1 000 vastaavanikäistä kohden jon-

kin verran enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on myös maan keskiarvoa yleisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus vastaa maan keskiarvoa.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa hieman maan keskiarvoa vähemmän ja ei-ympärivuorokautisessa palveluissa selvästi maan keskiarvoa enemmän asukkaita.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 5,8 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 4,3 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä Lapin maakunnassa on huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän.

Kokonaisuutena alueella mielenterveyspalvelujen käyttö on lähellä maan keskitasoa. Laitoshoidon laatuindikaattoreissa ilmeni tahdosta riippumattoman hoidon hieman keskimääräistä suurempi osuus ja keskimääräistä yleisempi pakon käyttö, joita tulisi pyrkiä vähentämään avohoidon kehittämällä ja hoidon integraatiota parantamalla sekä kehittämällä sairaalahoidon hoitokäytäntöjä. Psykoterapian saatavuutta tulisi parantaa.

Lapin alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakointia on 22,4 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä 38,9 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 0,6 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 27,1 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata enemmän avopalveluissa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on enemmän potilaita (9,2/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Myös päihdehuollon avohoidossa asiakasmäärä (10,6/1000 asukasta) on suurempi kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihteiden vuoksi saman verran potilaita (5,5/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Lapin alueella perusterveydenhuollon rooli korostuu päihdeongelmaisille annetuissa ympärivuorokautisissa palveluissa. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on enemmän potilaita (3,9/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on sen sijaan vähemmän asiakkaita (1,7/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4) ja päihdehuollon

asumispalveluiden asiakasmäärä on huomattavasti matalampi (0,2/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (1,1).

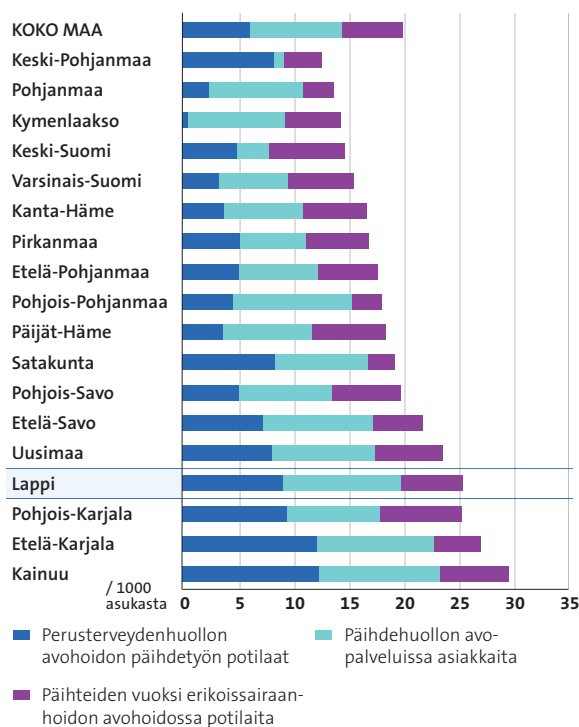
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) selvästi vähemmän (2 279/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 38,1 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Lapin alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuu- kaudessa on saman verran oppilaita (10,2 %) kuin koko maassa (10,2 %).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäisen tupakointi ja alkoholin riskikäyttö sekä pistämällä tapahtuvaa huumeiden käyttöä ilmentävät uudet hepatiitti C -tartunnat ovat huomattavasti yleisempiä kuin maassa keskimäärin. Kannabiksen käyttäjiä on sen sijaan vähemmän kuin maassa keskimäärin. Päihdeongelmaisia hoidetaan perustason avopalveluissa sekä päihdehuollon avohoidossa useammin kuin maassa keskimäärin. Ympäri vuorokautisissa palveluissa korostuu terveydenhuollon rooli. Asumispalveluiden asiakasmäärät ovat huomattavasti alhaisempia kuin maassa keskimäärin. Alkoholin käytön korkeaan tasoon liittyvistä riskeistä huolimatta pienituloisimpien alkoholikuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on selvästi maan keskimääräistä tasoa matalammalla tasolla. Päihdepalveluiden kehittämisessä on kiinnitettävä huomiota erityisesti huumeita pistämällä käyttävien tarpeenmukaisten palvelujen saatavuuteen. Ehkäisevän päihdetyön koordinaation kannalta keskeisiä toimielimiä on tarpeen lisätä alueen kunnissa ja kiinnitettävä huomiota nuorten humalajuomiseen.

Kuvio 7

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoido

Lapin maakunnan aineisto muodostuu Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien tiedoista, joihin on tehty tarvittavia painotuksia väestö- ja potilasmäärätiedoilla.

Vammojen ja myrkytysten sekä sepelvaltimotaudin vuoksi sairaalahoitoa tarvitaan maakunnassa keskimääräistä useammin, mutta syöpään sairastutaan yhtä usein kuin koko maassa keskimäärin. Sairastavuus- ja kansantauti-indeksit ovat korkeimpien joukossa (124,2 ja 120,3).

Palveluiden käyttöä määrittävät maakunnan pitkät etäisyydet, ja monet toimintamallit on sovitettu vastaamaan näihin haasteisiin. Somaattinen erikoissairaanhoido on keskitetty Rovaniemen ja Keminkeskuksairaaloihin. Potilaita hoidetaan vuodeosastolla keskimääräistä enemmän, sillä potilas- ja hoitojaksojen määrät ovat suurimpien joukossa samoin kuin hoitopäivien määrä. Hoitojakson kesto on keskimääräistä tasoa eli 3,3 vuorokautta. Lisäksi potilashotellin käyttö on tavallista. Avohoitokäyntien määrä on matalin (1,6 asukasta kohti, koko maa 1,5). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 107,2, joka on – vaikkakin koko maan tasoa korkeampi – kaukana Kainuun ja Pohjois-Karjalan lukemista. Toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä on vertailussa alinta tertiiliä (76,3 / 1000 asukasta) ja päivystysleikkausten osuus on pieni (20,2 %). Päiväkirurgisten toimenpiteiden potilaiden määrä on maan suurimpia eli 59 % kaikista toimenpiteellisten hoitojaksojen potilaista (koko maa 50,8 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 1580, näistä sektioita oli 12,9 % eli maan toiseksi vähiten. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (8,08 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (3,04 / 1000 asukasta) tehdään enemmän kuin maassa keskimäärin (vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8).

Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Lapissa päivystyskäyntien määrä on alimmassa tertiilissä (103 / 1000 asukasta, koko maa 185) ja hoitojaksot alkavat suunnittelemttomina muuta maata harvemmin (45,8 % jaksoista, koko maassa 47 %). Ilman lähetettä tulee sairaaloiden päivystykseen vain 0,3 % hoitojaksolle otetuista (koko maa 23,9 %) ja lähete on kirjoitettu terveyskeskuksesta useammin kuin muissa maakunnissa (71,8 %). Maakunnassa onkin kehitetty pitkien etäisyyksien johdosta muusta maasta poikkeavia toi-

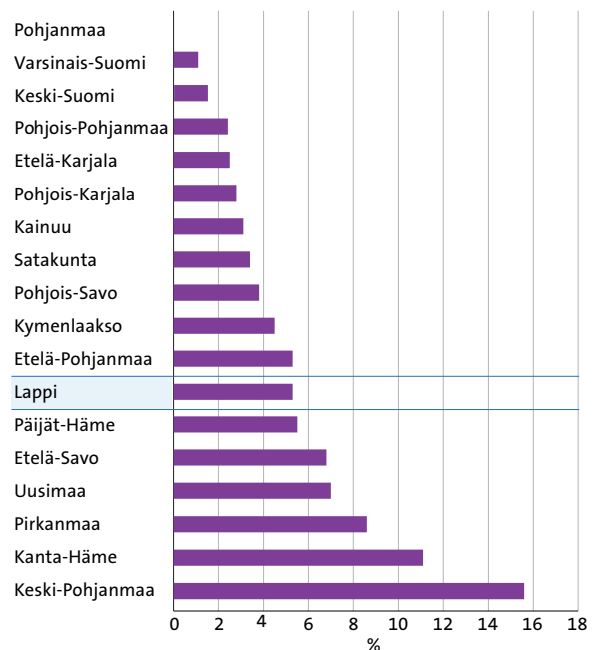
mintamalleja terveyskeskuspäivystyksiin. Erikoissairaanhoidon odotusaika on pisimpien joukossa, keskimäärin 55 vuorokautta (vaihteluväli 31–63). Kaihi- ja tekoniivelleikkauksiin ei kuitenkaan jonoteta merkittävästi pitempään kuin muissa maakunnissa.

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat 1265 euroa asukasta kohden, eli yli maan keskitason (1139 euroa). Kustannusindeksi on 110,7. Toimintakuluista henkilöstön osuus 52,6 % ja ostopalvelujen 30,8 %; kuluerät vastaavat koko maan keskimääräisiä tasoa. Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta somaattisen erikoissairaanhoidon sairaansijoja on Lapissa enemmän kuin maakunnissa keskimäärin (2,25 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maa 2,2). Henkilötyövuosia maakunnasta ei ole käytettävissä.

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat maan keskitasoa: lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 5,2 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 9,7 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 11,9 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Stafylococcus aureus -bakteremioiden määrää ei ole käytettävissä.

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

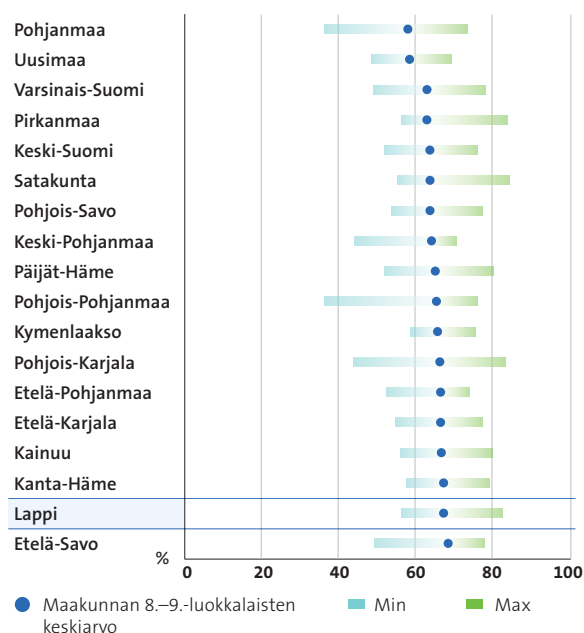
Lapissa lasten ja perheiden palvelut näyttävät arvioitujen indikaattorien valossa asiakaslähtöisiltä. Palvelujen laatuun vaikuttavien valtakunnallisten suositusten toteuttamisessa on kuitenkin paljon kehitettävää. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Sekä äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon totuttaminen vastaa Lapissa maan keskitasoa. Lapissa lastensuojelun toiminta ja kustannukset painottuvat avohuoltoon.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Lapin kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Yllättävästi leikki-ikäisille järjestetään lain mukaiset kaksi laajaa terveystarkastusta vain 58 prosentille kohderyhmän väestöä. Tämä johtuu siitä että Rovaniemi, Sodankylä ja Kolari järjestävät vain yhden laajan terveystarkastuksen 1–6 vuoden iässä. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri toteuttavat terveystarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain vajaalle puolelle 4 kuukauden ikäisistä ja kahdelle viidesosalle 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erot tuloksissa johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista. Lapin osuudet ovat matalasta tasosta huolimatta maan parhaimpia.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan lastenneuvolapalveluihin oltiin tyytyväisiä, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastasi hyvin ja lääkäreiden määrä kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastuksen toteutumisesta ensisynnyttäjille ei Lapissa ollut tietoa. Isyyden tunnistamisesta kohtalainen osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Lapissa maan keskitasoa, kuten myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Lapin maakunnassa 94 prosenttia terveyskeskuksista oli sisällyttänyt suunnitelmiinsa kouluterveydenhuollon lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta peruskoulun aikana. Laajoissa terveystarkastuksissa edellytetty monialainen työ toteutui laadukkaasti. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi suunnitelmallisesti laajaan terveystarkastukseen 90 prosentissa maakunnan kouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat maan keskiarvoa paremmat. 4.–5. luokan oppilaista 52 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 64 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen laadukkaasti omasta näkökulmastaan.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on Lapissa joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia suuria puutteita. Ainoastaan 21 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi valtakunnalliseen Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6-34 %).

Lapissa koululääkäreiden henkilöstömitoitus oli maan kolmanneksi paras. Oppilasmäärä koululääkärinhenkilötyövuotta kohden oli 1,1-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Hyvä henkilöstöresurssi lieene osaltaan mahdollistanut toiminnan laadukkuuden sekä tukenut hyvän opettajayhteistyön syntymistä laajojen terveystarkastusten ympärille.

8. ja 9. luokan oppilaista 41 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on hieman enemmän kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Kaikkien Lapin terveyskeskusten (100 %) toimintasuunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus lukioissa. Vain 80 prosentilla terveyskeskuksista oli suunnitelmiin kirjattu vastaava tarkastus ammattiin opiskeleville. Tarkastusten lakisääteisydestä huolimatta maakuntien vaihteluväli lukioissa oli 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %.

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 97 prosenttia oli Lapin maakunnassa valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui hyvin. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksia oli enemmän kuin maakunnassa keskimäärin. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (41/100) oli pienempi kuin maakunnassa keskimäärin. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli perheitä hiukan enemmän kuin maakunnassa keskimäärin. Kiireellisiä sijoituksia ja huostassa olleita maakunnassa oli keskimääräisesti. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa huolimatta keskimääräistä suuremmasta asiakasmäärästä. Perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden keskitasoa matalammat.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Lapissa selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Lapin tai Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien alueella nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloiden synnytyspalveluihin oltiin melko tyytyväisiä.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Lapin kuntien alueella rakennetyöttömyyden aste on 6,9 prosenttia, mikä on jonkin verran maan keskimääräistä lukua (6,2 %) korkeampi. Työttömien aktivointiaste (28,1 %) on keskimääräistä (31,6 %) matalampi ja kansallisesti vertaillen toiseksi matalin. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (10,3 %) on jonkin verran matalampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 8,8 prosentilla työttömäksi jääneistä eli kansallista keskitasoa (11,9 %) selvästi harvemmin. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Lapin alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 13 216 097 euroa, mikä on 1902 euroa kutakin Lapin alueen pitkäaikaistyötöntä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Lapin alueella rakennetyöttömyyteen ei ole erityisen vahvasti vaikutettu aktivointitoimilla. Työttömyysjaksojen pitkittyminen ei kuitenkaan ole Lapissa erityisesti painottuva ongelma. Myös osarahoitetun työmarkkinatuen määrä on kansallisesti tarkastellen kohtuullinen.

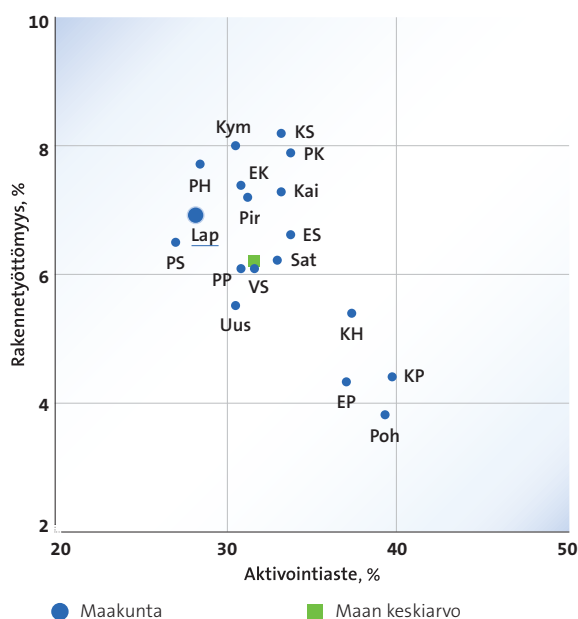
Asunnottomia on Lapin alueella 0,3 promillea eli vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (1,2 ‰, mediaani 0,3 ‰). Toimeentulotukea myönnettiin 111 euroa asukasta kohden, mikä on vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 1,8 prosenttia eli vähemmän kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 3 prosenttia, mikä myös on keskimääräistä vähemmän (keskiarvo 3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Lapin alueella vuonna 2016 keskimäärin 538 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 614 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki). Täydentävän tuen määrä on maakunnallisista alueista kolmanneksi korkein.

Lapin alueen asukkaiden tilanne vaikuttaa kohtuulliselta maakunnallisia alueita vertailtaessa. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Ehkäisevää ja erityisesti täydentävää tukea on sosiaalityössä myös hyödynnetty.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Lapissa vastaava luku oli 79,7 prosenttia. Tulos on lähellä kansallista keskitasoa, mutta silti joka viidennellä kyselyyn vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Lapissa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Lapin maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 66 (65,7) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 55 (55,3). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Lapissa 696. Asiakasmäärä

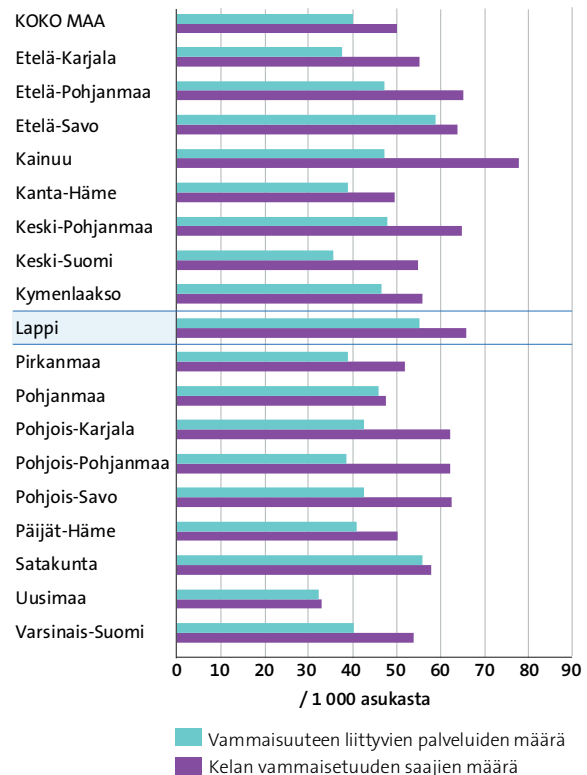
ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Lapissa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 2335. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Lapissa sai 100 000 asukasta kohden 617 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Lapissa vastaava luku 123 euroa, kun suurin euromäärä oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmistien palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Lapissa maan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneistä 24 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa, (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Lapissa maan keskitasoa hieman huonompi. Lapissa rokottamattomia on 56 prosenttia, koko maassa 53.

Ikäikäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Lapissa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 13 prosenttia ja miehistä 9 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Asiakas saa Lapissa keskimäärin 13 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskitasoa. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Lapissa saman verran. Lapin kotihoidon asiakkailla 64 prosentilla on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa. Tämä on selvästi alle koko maan keskiarvon (78 %).

Muistisairaat ovat suurin ikäikäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Lapissa säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 16 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Vaikuttaisi siltä, että Lapissa on kehitettävää muuta maata enemmän muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Lapissa kattavuus oli lähes 7 prosenttia, mutta vain neljäsosa omaishoidossa olevista sai kotihoidon tuki- palveluja, mikä on maan keskiarvoa vähemmän.

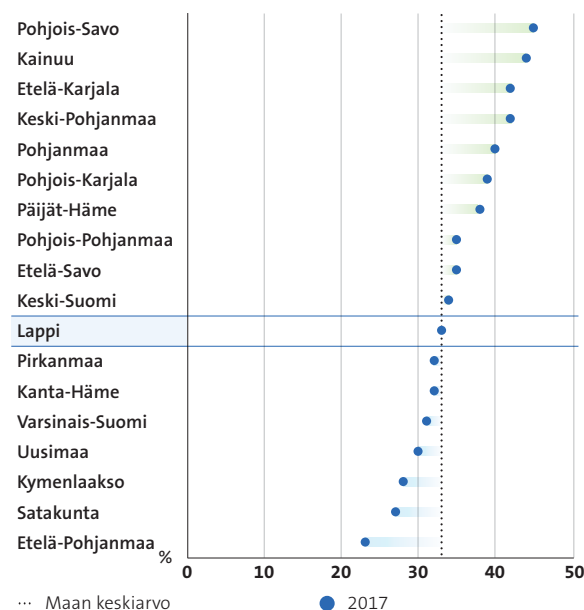
Koko maassa ikäikäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Lapissa ikäikäiden palvelujen menoista 35 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Lapissa muuta maata raskaampi. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Lapissa 232, koko maassa 173 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Lapissa sairaanhoitajia (10 %) on selvästi vähemmän kuin koko maassa (13 %). Myös sairaanhoitajien tekemän välitöiden työajan osuus kokonaistyöajasta on Lapissa muuta maata vähäisempi (34 % vs. 37 %). Voikin arvioida että, sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Lapissa maan keskiarvoa heikompi. Lähihoitajilla välitön työaika (62 %) on hieman maan keskitason yläpuolella.

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Lapissa 53 prosenttia kotihoidon toimintayksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Se on selvästi maan keskitason yläpuolella. Asiakkaista 34 prosenttia saa palvelunsa toimitusyksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Lapissa palautetta kerätään vain 22 prosentilta asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Lapin maakunnassa palvelurakenteen keventäminen on käynnissä ja muutos kotihoitopainotteiseksi on edennyt keskiverrosti. Kotihoidon käyntejä, myös intensiivistä kotihoitoa, on tarjolla, mutta ympärivuorokautisen kotihoidon saatavuutta tulisi vielä lisätä, jotta kotona asuminen olisi todellinen vaihtoehto ympärivuorokautiselle hoivalle. Lapissa pitkät välimatkat luovat haasteita palveluiden kehittämiseksi ja myös nostavat kotihoidon kustannusrasitetta. Omaishoidon tuen kattavuus on Lapissa yli valtakunnallisen tavoitteen, mutta omaishoidossa olevat saavat kotihoidon tukipalveluita vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Lapin kotihoidossa toimii vähemmän sairaanhoitajia kuin keskimäärin koko maassa, ja heidän tekemänsä välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on muuta maata vähäisempää. Voidaan todeta, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Lapissa maan keskiarvoa heikompi. Kehitettävää löytyy kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisesta, joka on maan keskitasoa heikompi, sekä muistisairauksien tunnistamisesta kotihoidossa. Sen sijaan asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen on kiinnetty hyvin huomiota, ja Lapin kotihoidon toimintayksiköissä tehdään asiakkaille kuntoutussuunnitelmia paremmin kuin muualla maassa keskimäärin. Asiakaspalautetta tulisi kerätä huomattavasti enemmän.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

Erikoissairaanhoitosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitoonpääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Läkärin palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Lapin alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyyn on syytä kiinnittää huomiota, sillä viikon sisällä alle kolmasosa potilaista pääsee vastaanotolle, mikä on toiseksi vähiten koko maassa. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla kohtalaisesti. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu kohtalaisesti, sillä noin kolme prosenttia arvioinneista ylittää kolmen kuukauden määräajan.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Lapissa

	Perusterveydenhuollon hoitoonpääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoitoon hoitoonpääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti epämääräiseen ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääke-

tieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitos-rokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltal ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneiteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Lapin maakunnassa määrittämätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavista potilaista 16 prosenttia

oli saanut hoidoksi antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli selvästi suurempi kuin maassa keskimäärin, ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maakuntien suurin. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 93,3 prosenttia. Tulos on matala, sillä rokotussarja oli aloitettu erinomaisesti 99,3 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain alle puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Lapissa

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystieinfektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys-sairaaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet, resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kun-

nan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Lapissa asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä, joskin jonkin verran harvemmin kuin koko maassa keskimäärin. Myös vertailutietoa oli saatavilla kohtalaisen hyvin, jopa jonkin verran paremmin kuin koko maassa keskimäärin. Kehittämisen varaa vertailutiedon saatavuudessa kuitenkin on, sillä yli puolet ei pitänyt vertailutietoa riittävänä. Lapissa terveydenhuollon palveluprosessien ajateltiin toteutuvan sujuvasti kohtalaisen usein. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on Lapissa lähellä koko Suomen keskitasoa. Lisäksi 63 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu kahdessa Lapin kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakslähtöisyys Lapissa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieli-ryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Lapin kunnissa suunnitelmia yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on laadittu koko maan keskiarvoa enemmän. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn

vastanneista alueen kunnista oli Lapissa keskitasoa suurempi. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa keskimääräisesti muihin maakuntiin verrattuna (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin keskitasoa. Maakunnan sijoitus vaihteli taustamuuttujan mukaan: koulutusryhmien välillä oli suuret erot, kun taas sukupuolten välinen ero oli pieni ja ikäryhmien väliset erot keskitasoa. Lapissa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisää väestön suuri sairastavuus. Toisaalta muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus on pieni. Saamen kielen asema voi silti tuottaa haasteita.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Lapissa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutus- ryhmien välillä terveyskeskus- lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloiden tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysseja 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seurantaindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Keskustelut vastuuvalmistelijoiden kanssa

Kokousmuistioita, nykytilakartoituksia, valmisteluaineistoa ja työryhmien raportteja seuraavilta sivuilta:

Lapin liitto <http://www.lappi.fi/lapinliitto/fi>

Lapin maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelu <https://lapin-maakunta.fi/>

Lapin sairaanhoitopiiri <http://www.lshp.fi/fi-FI>

- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2017–2020.

Lapin Sote-Savotta -hanke ja Koko Lapin Sote -valmistelu

<https://lapinsotesavotta.fi/>

- Sairaalahoidon palvelurakenne ja profilointi. Nordic Health Care Group. Kokouksen taustamateriaali. 13.6.2017. <http://lapinsotesavotta.fi/wp-content/uploads/lapin-sairaalahoidon-palvelurakenne-ja-profilointi-nhg-selvitys-1362017.pdf>

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri <http://www.lpshp.fi/>

- Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämssuunnitelma 2018–2025 <http://www.lpshp.fi/media/sote-projekti/sote-jarjestamissuunnitelma-2018-2025.pdf>

Länsi-Pohjan sote-projekti <http://www.lpshp.fi/ajankohtais-ta-3/lansi-pohjan-sote-projekti.html>

Muut alueelliset lähteet:

Asiat eivät ole koskaan niin huonosti kuin ne näyttävät – eivät-kä niin hyvin kuin niiden luullaan olevan. Selvityshenkilöiden ehdotus Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon työnjaoksi ja perusterveydenhuollon verkoksi tulevassa Lapin maakunnassa. Rask Maija & Manninen Hannes. 12.1.2018.

Saamelaiskäräjät <http://www.samediggi.fi/index.php?lang=finnish>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-055-6 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-055-6>

www.thl.fi/julkaisut